

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 51

A PROPOS D'UN CAS

DE

TORSION AIGUE DES ANNEXES HERNIÉES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Février 1921

PAR

Henri-Marius-Charles REYNES

Né à Saint-André-de-Sangonis, le 12 Mai 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs	{	ESTOR, professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
de la Thèse		DE ROUVILLE, professeur.		
		GRYNFELT, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre. 3

1921

A PROPOS D'UN CAS
DE
TORSION AIGUE DES ANNEXES HERNIÉES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N 51

A PROPOS D'UN CAS

DE

TORSION AIGUE DES ANNEXES HERNIÉES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Février 1921

PAR

Henri-Marius-Charles REYNES

Né à Saint-André-de-Sangonis, le 12 Mai 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	ESTOR, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		DE ROUVILLE, professeur.		
		GRYNFELTT, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre. 3

1921

UNIV.
LIOTHEEK
EIDEN

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DEIRRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET.
Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUIZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
		EUIZIERE.			LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.).
Anatomie		MARGAROT.	Histoire natur.		GALAVIELLE.
Histologie		DELMAS (J.).	Chimie		CABANNES.
		GRYNFELTT.	Physique		MESTREZAT.
					PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. ESTOR, professeur, <i>président</i> .		MM. GRYNFELTT, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur.		ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

ÉLIE REYNES

SOLDAT AU 27^e BATAILLON DE CHASSEURS ALPINS

Mort pour la France le 3 juillet 1915

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

H. M. C. REYNES.

A MES MAÎTRES
DES FACULTÉS DE LYON ET DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

H.-M.-C. REYNES.

A PROPOS D'UN CAS

DE

TORSION AIGUE DES ANNEXES HERNIÉES

INTRODUCTION

Monsieur le professeur Estor ayant eu dernièrement l'occasion d'opérer dans son service, pour un pseudo-étranglement herniaire, une petite fille de 5 mois, atteinte de hernie des annexes tordues, comme l'intervention l'a révélé, a bien voulu nous conseiller d'en faire le sujet de notre thèse, persuadé de l'intérêt qu'il y a à rapporter et à faire l'étude de cas relativement aussi rares.

Guidé dans notre travail par son chef de clinique, Monsieur Aimes, que nous nous plaisons à remercier ici bien vivement pour son aimable obligeance, nous avons essayé d'abord de tirer de l'observation qu'il nous a fournie et de celles que nous avons eue devoir retenir au cours de nos recherches, des considérations étiologiques, pathogéniques et anatomo-pathologiques sur cette affection chirurgicale.

Nous nous sommes attaché ensuite à en dégager le tableau clinique tel qu'il se présente habituellement au praticien, avec toutes ses variétés, le diagnostic, le pronos-

tie et le traitement devant constituer enfin les derniers chapitres de notre travail.

Comme l'indique le titre que nous lui avons donné, nous avons eu toujours en vue la hernie pure des annexes éliminant de notre étude les cas de hernies compliquées où annexes, intestin voire même vessie comme dans un cas de Lejars voisinaient dans le même sac.

Nous avons cru devoir tout particulièrement insister sur les complications de cette affection chirurgicale, qui, par leur fréquence et par l'intervention opératoire qu'elles réclament, sont bien souvent l'occasion pour le chirurgien d'affirmer un diagnostic laissé jusque là en suspens.

C'est, en effet, ainsi que nous le verrons et comme en témoignent la plupart de nos observations, au cours de la cure opératoire que se fait habituellement le diagnostic de hernie des annexes; leur symptomatologie n'offrant au praticien, même bien averti, aucun caractère vraiment spécifique.

Les cas de hernie des organes génitaux de la femme sont assez anciennement connus, mais il faut arriver au siècle dernier pour en découvrir les premières observations authentiques. C'est en 1809 que Voigt fait la première publication sur un cas de hernie de la trompe chez une multipare de 36 ans. Bérard en 1834, Schöeller en 1840, et d'autres auteurs signalèrent le même fait, mais il faut arriver en 1879 pour trouver, dans le mémoire de Puech, les deux premiers cas de hernie de l'ovaire et de la trompe chez la petite fille, les observations précédentes ayant toutes pour objet les hernies d'adulte.

En 1889, Brünner, présentant l'observation que nous citons d'une hernie crurale droite étranglée, donne, pour la première fois, une étude d'ensemble sur cette affection chirurgicale; d'autres auteurs, la même année, en publient quelques cas isolés.

En 1892, Picqué et Poirier signalent une hernie étranglée de la trompe dans le trou obturateur.

En 1893, Broca donne deux observations de hernies étranglées de la trompe: l'une inguinale, l'autre crurale, et Lejars, dans la *Revue de Chirurgie*, trace l'histoire des hernies de la trompe, en citant 11 observations dont une personnelle.

En 1894, Félizet écrit son livre sur les hernies inguinales chez la femme et particulièrement chez les petites filles. Depuis lors des cas de plus en plus nombreux sont signalés et Damianos, en 1905, dans un important article publié en Allemagne, peut réunir 20 cas authentiques de torsion d'annexes herniées.

En 1909-1910, Petit-Jean (Mlle), Jouin, Montagard, consacrent aux hernies de la trompe leur thèse inaugurale.

En 1919, Marsily insiste particulièrement sur la pathogénie de cette affection.

A notre époque enfin, grâce aux progrès de la chirurgie, à la multiplication infinie des opérations de cure radicale de hernies qui n'offrent plus, même dans la première enfance le danger que l'on craignait autrefois, les observations des hernies des annexes sont de jour en jour plus nombreuses.

Il n'est point de revue médicale qui, dans l'année, n'en publie quelque cas, aussi bien n'avons-nous pas la prétention d'offrir nous-même une description inédite d'une affection devenue classique, mais bien plutôt l'unique désir d'apporter à son étude, que nous souhaitons complète, la plus modeste des contributions.

Le siège de prédilection de la hernie tubo-ovarique étant huit fois sur dix (selon la statistique de Heineck) le canal inguinal, c'est la hernie de cette importante région anatomique que nous avons eu particulièrement en vue au cours de notre travail.

ELEMENTS
D'ANATOMIE DESCRIPTIVE ET TOPOGRAPHIQUE
SUR LA REGION DES ANNEXES
ET
CONSIDERATIONS
SUR LES ANOMALIES DE DEVELOPPEMENT
DE CES ORGANES

Nous croyons utile avant d'aborder notre sujet, pour mieux comprendre la pathogénie de la hernie des annexes de donner sur la situation et les rapports de ces organes une courte description anatomique. Les annexes, ovaire et trompe, homologues physiologiques chez la femme du testicule et du canal déférent chez l'homme, sont des organes intra-pelviens situés symétriquement de chaque côté de l'utérus à la partie supérieure du ligament large, grâce auquel ils se trouvent fixés dans la cavité pelvienne.

L'ovaire, organe génital femelle, destiné à la production des ovules, est une glande en forme d'amande qui s'accroît surtout au moment de la puberté pour mesurer en moyenne chez l'adulte, 3 à 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large et 12 millimètres d'épaisseur avec de grandes variations individuelles. De coloration rouge ou violacée, lisse chez l'enfant, irrégulier et bosselé chez l'adulte, de consistance ferme, l'ovaire est situé en arrière du feuillet

postérieur du ligament large au niveau de son bord supérieur libre. L'ovaire, sur son bord antérieur, adhère à ce feuillet par un court repli péritonéal, l'aileron postérieur, véritable hile de la glande, au bout duquel elle peut osciller dans le cavum rétro-utérin.

C'est dire que l'ovaire n'a pas de direction fixe dans la cavité pelvienne. On lui décrit cependant un grand axe incliné de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant. Il est habituellement situé chez la femme vierge à 15 ou 20 millimètres en avant de la symphyse sacro-iliaque, à 1 centimètre au-dessous du détroit supérieur au niveau de l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive. La face externe répondant à la paroi pelvienne, il est recouvert sur sa face interne par le mésosalpinx et le pavillon de la trompe. Son extrémité supérieure est reliée à celle-ci par le ligament tubo-ovarien et à la paroi pelvienne par le ligament iléo-ovarien ou suspenseur de l'ovaire, l'extrémité inférieure donnant attache au ligament utéro-ovarien.

Mais ces divers ligaments sont loin d'être pour la glande des moyens de fixité puisqu'ils ne représentent que des trousseaux fibro-musculaires dépendant de la partie supérieure du ligament large dont ils partagent évidemment la mobilité. Le bord supérieur proprement dit du ligament large, encore appelé aileron supérieur ou moyen, renferme la trompe de Fallope.

Cet organe, destiné à relier l'utérus à l'ovaire dont il constitue une sorte de canal excréteur, est un conduit musculo-membraneux de 12 centimètres de long qui s'étend de l'angle supéro-externe de l'utérus à l'extrémité inférieure de l'ovaire dans une première portion horizontale, de cette extrémité inférieure au pôle supérieur de la glande en remontant le long de la paroi pelvienne dans une

deuxième portion ascendante, la dernière portion se repliant en arrière, en bas et un peu en dedans sur la face utérine de l'ovaire.

Le calibre de la trompe va en augmentant de l'extrémité utérine (ostium uterinum) à son extrémité libre (ostium abdominale) ; très étroit au niveau du tiers interne, 3 à 4 millimètres, le canal devient plus large (6 à 7 millimètres) dans le reste de son étendue pour constituer l'ampoule tubaire, celle-ci se terminant elle-même par une partie évasée et frangée en forme d'entonnoir et désignée pour cette raison sous le nom de pavillon. Une particularité anatomique, dont nous verrons plus tard l'importance, et que nous devons noter, ce sont les flexuosités de l'ampoule tubaire, parfois véritables torsions en spirale qui existent normalement dans la vie fœtale, qui persistent plus ou moins chez la femme jeune et s'atténuent peu à peu pour disparaître dans la vieillesse.

Ainsi située dans la cavité pelvienne entre le ligament rond qui est en avant et l'ovaire qui est en arrière, enveloppée par le bord supérieur du ligament large dont les deux feuillets adossés constituent le mésosalpinx la trompe jouit plus que l'ovaire encore d'une grande mobilité.

A sa mobilité propre qu'elle tient du mésosalpinx dont le bord externe est libre dans la cavité abdominale, s'ajoute la mobilité qu'elle tient du ligament large contraint de suivre le corps de l'utérus dans ses déplacements.

Mais cette disposition anatomique normale, qui est déjà, comme nous le verrons, un gros facteur étiologique de la hernie des annexes, peut être exagérée encore par des malformations congénitales, des anomalies de développement qui rendront la trompe et l'ovaire beaucoup plus aptes encore à franchir les trajets herniaires.

Ces malformations dues à un développement embryolo-

gique défectueux, pourront porter d'abord sur les annexes elles-mêmes. C'est ainsi qu'un trouble dans l'évolution embryologique des canaux de Müller, qui, comme on le sait, donnent naissance à la fois aux trompes, à l'utérus et au vagin, pourra déterminer soit un excès de développement des oviductes, soit une bifidité utérine ayant comme conséquence le rapprochement de la trompe des orifices herniaires.

Les anomalies pourront porter encore sur les divers moyens de fixité de la trompe et de l'ovaire : c'est ainsi que nous pourrions avoir un allongement exagéré des ligaments tubo et iléo-ovariens qui déterminera un excès de mobilité des annexes.

Nous pourrions observer enfin, comme autres anomalies, une déviation de la migration que subissent normalement les ovaires et surtout, fait capital, la persistance plus ou moins complète du diverticule péritonéal (canal de Nück) qui accompagne chez le fœtus femelle le ligament rond comme il accompagne chez le fœtus mâle le testicule et le canal déférent, diverticule qui, ordinairement, s'oblitére vers le sixième ou septième mois de la vie intra-utérine.

Connaissant maintenant ces dispositions anatomiques normales ou anormales, la pathogénie de la hernie des annexes, et en particulier de la hernie congénitale, va nous apparaître clairement; les hernies acquises relevant davantage, comme nous le verrons, des modifications physiologiques et pathologiques apportées dans les moyens de fixité, la situation, la forme et le volume des organes du petit bassin.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

La plupart des facteurs qui conditionnent l'apparition de toute hernie sont évidemment susceptibles de provoquer la hernie des annexes, aussi calquerons-nous notre classification sur celle des hernies en général.

HERNIE CONGÉNITALE. — La hernie des annexes peut d'abord apparaître dès la naissance ou dès les premiers mois de la vie, c'est alors presque toujours une hernie inguinale (la hernie crurale n'apparaissant qu'à l'âge adulte) qui est sous la dépendance d'une disposition embryogénique : persistance du canal de Nüek. Cette condition anatomique requise pour la production de ces hernies congénitales est évidemment capitale, mais d'autres facteurs anatomiques interviennent. Ce sont d'abord, comme nous l'avons vu, des prédispositions anatomiques normales : mobilité naturelle des annexes, leur peu d'éloignement des orifices herniaires (la distance chez l'enfant de la partie moyenne de la trompe aux anneaux inguinal et crural, n'étant respectivement que de 14 et 13 millimètres, d'après Kousmine). Ce sont surtout des prédispositions tenant comme la persistance du canal de Nüek à des troubles ou anomalies de développement : mobilité exagérée des annexes, allongement congénital de la trompe, situation élevée des ovaires dont la descente dans le *cavum rétro-utérin* peut n'être point encore terminée.

Voilà donc énumérés tous les facteurs essentiels de la hernie congénitale de la première enfance, car on peut difficilement invoquer à cet âge les causes physiologiques ou pathologiques que nous allons trouver au sujet des hernies de l'adulte.

HERNIE ACQUISE. — Chez l'adulte, en effet, la prédisposition anatomique primitive n'est pas le fait capital. Il existe certes des hernies dites congénitales de l'adulte, manifestation tardive d'une perméabilité plus ou moins complète du canal de Nüch, mais ce n'est pas le cas général. Nous avons ici souvent affaire à des hernies acquises dont la production relève de nombreux facteurs.

Causes physiologiques. — Il y a tout d'abord des causes physiologiques. La principale est la gestation. Solidaires de la matrice à laquelle ils sont intimément unis la trompe et l'ovaire subissent évidemment au cours de la grossesse, les conséquences de l'hypertrophie de l'utérus et de l'ascension de son fond. Bridés plus ou moins du côté de la paroi externe du pelvis, où les fixe le bord externe du ligament large et le ligament iléo-ovarien, les annexes doivent cependant, dans leurs moyens de fixité, participer au ramollissement et à l'élongation des ligaments de l'utérus comme ils doivent en partie participer dans leur structure à l'hypertrophie de cet organe.

Après l'accouchement, parallèlement à l'évolution utérine, l'involution des annexes détermine leur réintégration graduelle dans la loge qu'elles occupent normalement mais la distension mécanique subie pendant la grossesse a parfois été telle que cette involution n'est qu'ébauchée et que les trompes, en particulier plus longues qu'auparavant, flottent librement dans l'excavation pelvienne à l'extrémité de leurs mésos relachés. Ce sera là une exagération

de la mobilité normale éminemment apte à favoriser la hernie. Aussi, dans les observations, trouverons-nous souvent la multiparité dans les antécédents des malades.

Mais la grossesse, qui agit ainsi sur les annexes elles-mêmes, a, d'autre part, sur la paroi abdominale une action tout aussi importante comme cause prédisposante. Distendue par l'utérus gravide, la paroi se relâche, perd sa tonicité musculaire et offre aux organes pelviens des portes herniaires que le moindre effort pourra faire céder.

Cet affaiblissement de la musculature abdominale peut être aussi, il est vrai, primitif; il survient alors dans la vieillesse ou du moins à l'âge mûr chez des femmes atteintes de ptose viscérale généralisée et à tissu adipeux abondant. La graisse accumulée sous le péritoine est aussi alors chez elles une cause majeure de la production des hernies par la facilité avec laquelle elle s'insinue dans les trajets herniaires qu'elle dilate et où elle amorce la pénétration des organes. Marsily, dans sa thèse, a même fait de ce processus pathogénique une variété importante de la hernie des annexes, variété qu'il appelle « par glissement ». « Point n'est besoin, dit-il, pour expliquer cette variété de hernie, de faire jouer un rôle important au relâchement des moyens de fixité de l'organe. La trompe garde ses rapports avec ses points d'attache, elle se déplace en entraînant ses moyens de fixité eux-mêmes. Tout le plan pelvien a glissé comme dans les hernies semblables du cæcum glisse le péritoine iliaque. La trompe est fixée à la paroi du sac comme elle était fixée au plancher pelvien; le ligament large s'implante dans la hernie comme il s'implantait dans le pelvis plus ou moins déplissé en ses feuillets par les tiraillements subis, mais conservant en somme sa disposition type ».

Sans nier l'existence de ces hernies, il convient, semble-

t-il pourtant de ne pas exagérer la fréquence de ce processus pathogénique ; aussi bien est-il souvent difficile quand les annexes ont contracté des adhérences dans le sac, qu'elles sont plus ou moins augmentées de volume par l'inflammation ou la congestion passive, de se rendre compte s'il y a adhérence naturelle primitive où si la fixation de la trompe dans le sac n'est que secondaire.

Quoi qu'il en soit de ces facteurs physiologiques trouvés si souvent à l'origine des hernies, la fréquence de leur action n'exclue pas celle, non moins importante des causes d'ordre pathologique.

Causes pathologiques. — Autant chez l'enfant il est fréquent d'observer des annexes herniées saines autant chez l'adulte, il est rare que l'on ne trouve point à leur niveau des lésions primitives antérieures à l'époque où s'est produite la hernie.

« En dehors de la grossesse, nous dit Montagard, l'allongement de la trompe et des ligaments peuvent être consécutifs à des phénomènes d'inflammation. Nous éliminerons immédiatement les affections pelviennes, telles que salpingites, salpingo-ovarites, pelvi-péritonites qui entraînent fatalement la formation d'adhérences. Le péritoine pelvien se cloisonne et il en résulte une immobilisation plus ou moins totale, dans la majorité des cas des organes voisins. La trompe, l'ovaire, l'utérus très adhérents ne forment plus qu'une masse très compacte. Ces affections sont donc loin de favoriser la formation d'une hernie des annexes. Toute différente est l'action d'une infection légère, celluleuse, exerçant son action sur les muscles, ligaments, annexes, entraînant la congestion prolongée de ces organes, congestion qui se retrouve souvent à l'origine du prolapsus ou de la hernie des organes génitaux féminins ».

Il est de fait que l'inflammation bénigne, mais prolongée, en amenant un léger alourdissement congestif des organes peut être quelquefois incriminée. D'autres fois, le déplacement mécanique de la trompe sera sous la dépendance d'une affection utérine; c'est ainsi que toute antéflexion exagérée de l'organe soit par métrite ou par fibrome antérieur du corps utérin, entraînera fatalement en avant les annexes.

Etant donnés tous ces éléments étiologiques: malformations congénitales, modifications physiologiques et pathologiques des annexes, de leurs ligaments et des parois du pelvis, il nous est facile de comprendre que le moindre effort, la moindre poussée abdominale sur des annexes mal fixées et parfois anormales les fasse engager plus ou moins rapidement dans l'orifice herniaire à l'entrée duquel elles se présentent.

Cet orifice sera le plus souvent une des fossettes de la région inguinale, siège de prédilection de toutes les variétés anatomiques des hernies, les hernies crurales n'étant observées qu'à l'âge mûr. Quant aux hernies obturatrices et surtout ischiatiques, ce sont d'exceptionnelles raretés.

Le plus souvent, la trompe s'engage la première entraînant son méso et l'ovaire; celui-ci reste parfois dans l'abdomen. Quant à l'engagement primitif de la glande nous n'en avons point trouvé d'observations. Les annexes peuvent encore être entraînés dans le trajet herniaire par le péritoine lui-même, selon le processus pathogénique des « hernies par glissement » de Marsily, que nous avons décrit plus haut. Ces deux processus pathogéniques ne s'excluent pas d'ailleurs l'un l'autre et, quoique nous croyons à la fréquence plus grande du premier, nous pensons que, dans quelques cas de hernies des annexes, la pathogénie relève de leur combinaison.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quand on intervient pour une cure radicale de hernie en dehors de ses complications, dans la plupart des cas, les annexes sont contenues dans un sac complet appendu à leur mésos et n'offrant avec la paroi du sac aucune adhérence. C'est le cas surtout pour les hernies congénitales chez les jeunes où les organes n'offrent d'habitude aucune altération pathologique.

Il n'en est pas de même chez l'adulte, plus exposé que l'enfant à l'infection des voies génitales et aux traumatismes. Le plus souvent, chez la femme, les annexes herniées sont des organes malades; l'ovaire peut être atrophié quelquefois kystique; la trompe présente souvent une augmentation de volume sous la dépendance d'une salpingite parenchymateuse où même quelquefois de petites cavités kystiques à contenu séreux ou purulent. Les adhérences dans le sac ne sont pas rares, liées évidemment toujours à un processus inflammatoire. La hernie constituée, l'utérus est ordinairement incliné du côté de la hernie et toujours antéfléchi.

Mais lorsque l'on intervient au cours d'une des complications de la hernie des annexes : pseudo-étranglement inflammatoire, étranglement vrai ou torsion, on trouve évidemment au niveau de la trompe et de l'ovaire des lésions en rapport avec le processus pathologique en cause : adhé-

rences, suppuration, sphacèle, lésions hémorragiques. Ces dernières lésions caractérisent surtout les cas de torsion des annexes, ainsi que le corrobore l'observation qui nous a été fournie. Dans ces cas :

Macroscopiquement, à l'ouverture du sac, on trouve parfois une petite quantité de liquide séreux, jaune clair ou brunâtre ; les annexes sont augmentées de volume, rouge foncé presque noir de la coloration du boudin cuit. Le tissu est mou, très infiltré de sérosité sanguinolente.

Microscopiquement, on trouve une infiltration sanguine généralisée, disséquant, comme dans notre observation, les vaisseaux et tractus fibreux des organes (Grynfeldt).

Quand il y a eu infection des annexes et pseudo-étranglement inflammatoire, le sac contient un pus sanieux et fétide dans lequel surnagent les organes plus ou moins sphacélés (cas de Voigt).

Enfin, dans l'étranglement herniaire vrai, on observe des lésions ischémiques analogues à celles qui se produisent dans la torsion ; la sérosité du sac herniaire dans l'un et l'autre cas est habituellement stérile.

SYMPTOMATOLOGIE

A. HERNIE NON COMPLIQUÉE. — La symptomatologie de la hernie tubo-ovarique se confond avec celle de la hernie de la région à laquelle elle appartient. Chez le jeune, on a toujours affaire, comme nous l'avons déjà dit, à une hernie inguinale congénitale qui s'offre à nous avec tous les caractères de la hernie banale.

C'est le plus souvent à l'occasion de la toilette de l'enfant que la mère remarque une petite tuméfaction, de forme arrondie, siégeant à l'anneau externe du canal inguinal et se prolongeant un peu dans la partie supérieure de la grande lèvre. Cette tumeur, presque toujours indolente, augmente lentement de volume pour atteindre souvent la grosseur d'un œuf de pigeon. Ni les cris de l'enfant, ni ses efforts ne font sensiblement varier son volume. Réductible ou irréductible, elle est légèrement douloureuse à la pression.

Ce sont là signes qui, évidemment, n'ont rien de caractéristique et le médecin appelé portera invariablement le diagnostic de hernie inguinale banale, la perception de la trompe par la palpation, étant, surtout chez la petite fille, à peu près impossible.

Plus tard, au moment où survient chez la jeune fille la menstruation, certains symptômes apparaissent à caractère plus spécial.

La palpation de la tumeur sera habituellement plus douloureuse et même à l'époque des règles pourront apparaître spontanément des phénomènes douloureux assez vifs.

Mais ces caractères n'ont, il est vrai, encore rien d'absolu. Le professeur Lozano et Ponce, mentionne le cas d'une petite malade où l'apparition de la tumeur fut suivie de pertes séro-sanguinolentes; c'est là, empressons-nous de le dire, un symptôme exceptionnel.

Chez les femmes âgées, la symptomatologie sera aussi confuse; la tumeur siègera aussi souvent chez elle au niveau du canal crural qu'au niveau du canal inguinal, mais les caractères physiques de la tumeur comme ses signes subjectifs, ne permettront pas davantage de poser un diagnostic certain.

B. COMPLICATIONS. — Ce ne sera pas le plus souvent à l'occasion de l'apparition ou de l'existence d'une hernie tubo-ovarique que le praticien sera appelé à en faire le diagnostic, mais bien plutôt à l'occasion des complications qui peuvent survenir au cours de son évolution.

Ces complications sont de plusieurs ordres au point de vue anatomo-pathologique, mais au point de vue clinique, elles ont à peu près toutes une symptomatologie commune.

a) *Phénomènes douloureux.* — La complication la moins grave qui peut d'abord survenir, c'est l'apparition des *phénomènes douloureux*, anormalement exagérés et coïncidant habituellement avec les époques menstruelles. A ce moment la trompe participant à la congestion de la muqueuse utérine peut être le siège de congestion simple ou d'hémorragies morbides déterminant l'apparition de crises douloureuses qui peuvent réclamer l'intervention.

Mais le plus souvent, ces douleurs cèdent au repos

comme beaucoup de dysménorrhées, quelquefois cependant elles traduisent une complication plus grave, nous voulons parler de l'*étranglement herniaire vrai*.

b) *Etranglement herniaire vrai*. — Nié par les uns (Montagard), affirmé par les autres (Lejars, Schultz, Garrigues), l'étranglement herniaire paraît devoir être accepté comme individualité pathologique.

Congestionnées physiologiquement aux périodes cataméniales, les annexes herniées peuvent l'être encore sous des influences extérieures : pincements, irritation, coups.

Cette congestion, qui entraîne une augmentation de leur volume, peut naturellement déterminer, au niveau du collet du sac herniaire des phénomènes de striction dont l'effet ne fera qu'accroître la congestion primitive. De la sorte les annexes, par un mécanisme analogue à celui de l'étranglement de l'intestin hernié, deviennent subitement volumineuses, la hernie devient dure, douloureuse, des phénomènes graves et bruyants apparaissent caractéristiques de l'étranglement. Les douleurs vont s'accroissant, les téguments rougissent et s'œdématisent en même temps que surviennent les troubles de l'état général caractéristique de l'étranglement herniaire de l'intestin, la température monte, le pouls s'accélère, des phénomènes nerveux peuvent apparaître. L'enfant, s'il s'agit d'un enfant, est anxieux, agité, il crie. Les vomissements ne sont pas rares mais symptôme capital il n'y a jamais arrêt total des matières et le plus souvent on observe des selles spontanées avec émission de gaz. Ce signe seul, pourrait permettre d'éliminer le diagnostic d'étranglement herniaire intestinal quicque ces faits puissent parfois être observés dans certains cas de pincement latéral de l'intestin. Mais ces cas sont exceptionnels et, en principe, la persistance de

selles spontanées peut faire diagnostiquer la variété d'étranglement en cause.

C'est là le tableau clinique de l'étranglement aigu des annexes herniées. Il se présente sensiblement au complet dans une ancienne observation que nous rapportons.

Mais il ne revêt pas toujours heureusement une aussi extrême gravité et tout se borne parfois à la réaction locale et à quelques vomissements.

Analogue à ce tableau clinique, quoique comportant plus souvent une atténuation des symptômes, est celui qui accompagne la *torsion des annexes herniées*.

c) *Torsion*. — Le processus anatomique n'est plus ici le même, l'étranglement relevant de la torsion des vaisseaux et non plus de la constriction des annexes par le collet du sac.

L'observation nouvelle que nous rapportons est justement un exemple de ce genre d'étranglement.

D'après Damianos qui, en 1905, réunissait vingt observations de cette complication des hernies des annexes, la torsion intra-sacculaire de ces organes s'observe presque toujours chez de jeunes enfants. Comme c'est le cas général chez eux, il s'agit toujours dans ce cas-là d'annexes saines. La torsion est plus ou moins prononcée, plus ou moins serrée d'un demi-tour chez les malades de Damianos, de deux tours et demi chez une malade de Morgan, de trois tours chez celle de Grummert, elle était de deux tours et demi chez l'opérée de M. le professeur Estor.

La pathogénie de l'affection est encore bien incertaine, de nombreuses hypothèses ont été émises pour essayer de l'expliquer. Comme il s'agit d'annexes saines, on ne peut pas invoquer les théories qui expliquent fort logiquement la torsion dans l'abdomen d'annexes enflammées,

kystiques ou néoplasiques. D'ailleurs même, dans ce cas, l'action de la pesanteur, sur laquelle reposent au fond la plupart de ces théories, pourrait bien moins être mise en cause, les annexes étant difficilement mobiles dans le sac herniaire. On ne peut invoquer aussi, comme le dit Auvray, les modifications de la pression abdominale, le péristaltisme intestinal, les alternatives de réplétion de la vessie ou du rectum, etc., toutes causes qui ont aussi paru expliquer la torsion des annexes dans l'abdomen. Seule, la théorie vasculaire de Payr est susceptible de pouvoir expliquer ici par quel mécanisme se produit la torsion. Pour cet auteur, le rôle principal appartient à la gêne de la circulation, se produisant au niveau du pédicule des tumeurs ou des organes tordus, à la stase et à l'augmentation de pression qui en est la conséquence. La disposition anatomique est ici particulièrement favorable. Le collet du sac faisant de la compression au niveau du pédicule par conséquent sur le riche plexus des veines ovariennes détermine la stase veineuse.

« Les veines comprimées, grâce à leurs flexuosités, à leur extensibilité et à leur longueur beaucoup plus grande que celle de l'artère qui les accompagne, forment, en se distendant un arc dont la courbe est plus ou moins marquée selon l'afflux sanguin qui les envahit et dont la corde est formée par l'artère. Mais l'arc veineux se trouvant à un moment donné, limité dans son extensibilité, tendant de plus en plus à devenir rectiligne, changerait de place et déchirerait autour de l'artère et du tissu conjonctif de soutien qui les relie l'un à l'autre, un mouvement d'enroulement ou de spire aboutissant à la torsion. Ainsi donc, grâce à la différence d'extensibilité entre les vaisseaux, les veines prendraient, autour des artères, une direction presque spirale; si l'obstacle au cours du sang veineux

s'accuse davantage pour une raison quelconque, la torsion déjà amorcée se complète définitivement » (Auvray).

Une autre hypothèse qui nous vient à l'esprit nous paraît aussi soutenable pour expliquer la torsion de la trompe dans le cas où celle-ci s'engage d'abord par son pavillon, ce qui est le cas général.

Normalement, cet organe décrit, dans sa portion externe, comme nous l'avons rappelé dans nos considérations anatomiques, des ondulations et même de véritables flexuosités. Dans ces flexuosités, reliquat d'une disposition embryologique particulièrement marquée dans le jeune âge, nous pouvons voir une cause possible de torsion.

La hernie des annexes, sauf de rares exceptions, se produisant peu à peu, la progression de la trompe dans le sac sera évidemment influencée par l'existence de ces sinuosités tubaires. Leur pénétration dans le trajet herniaire ne pourra se faire que par rotation, par un mécanisme analogue à la progression d'un tire-bouchon. La portion interne ou utérine de la trompe ne subissant pas cette rotation du fait de sa rectitude, la torsion se réaliserait à son niveau.

Cette hypothèse pathogénique de la torsion des annexes nous expliquerait pourquoi cette complication ne s'observe que dans les premières années de la vie et toujours au niveau du canal inguinal dont le long et étroit trajet est particulièrement susceptible de favoriser un tel mécanisme. Quoi qu'il en soit de ces théories pathogéniques, c'est généralement avec le diagnostic d'étranglement herniaire que les petites malades entrent dans les services de chirurgie. Dans les torsions aiguës, comme chez l'opérée de M. le professeur Estor, la symptomatologie est d'ailleurs identique à celle de l'étranglement herniaire intestinal et à celle de l'étranglement tubo-ovarien par le col-

let du sac; la description que nous en faisons plus haut pourrait être encore ici répétée.

Mais la torsion des annexes n'offre généralement pas un tel caractère d'acuité; l'évolution se fait même parfois d'une façon très lente en l'absence de troubles fonctionnels et de modifications sérieuses de l'état général. Dans l'observation de Veau et Berger, que nous rapportons, l'intervention ne fut pratiquée que sept jours après le début des accidents; chez une malade de Damianos, dix-sept jours après.

Il est enfin une troisième complication grave de la hernie des annexes à laquelle Montagard ramène toutes les complications précédemment étudiées: nous voulons parler de *l'ovarite et de la salpingite herniaire aiguës*.

d) *Ovarite et salpingite herniaire*. — Certes, l'ovaire et la trompe herniés ne sont pas, du fait de leur position anormale, à l'abri toujours de l'infection, mais faire de celle-ci l'élément étiologique constant des accidents herniaires est une grosse erreur.

Nous n'en voulons pour preuve que la stérilité si fréquente du liquide que contient parfois le sac herniaire et l'absence tout aussi rare de lésions infectieuses. Malgré tout l'annexite herniaire n'est pas une affection à laquelle on ne doive point songer dans certaines circonstances. La notion d'une infection utérine antérieure ou concomitante pourra mettre parfois sur la voie du diagnostic.

La symptomatologie se confond à peu près avec celle des complications précédentes. Localement cependant, la tumeur est plus fluctuante, plus douloureuse. La peau est chaude et rougit; on est en présence d'un véritable abcès chaud du canal inguinal. Quant aux troubles généraux, ce sont ceux de tout étranglement herniaire.

Les cas de salpingite herniaire aiguë à infection utérine initiale sont des faits d'observations très rares: une de celles que nous avons pu recueillir paraît s'y rapporter. Ce sont toujours complications qui ne surviennent que chez l'adulte. Plus souvent l'infection est d'origine intestinale, il s'agit alors de hernie mixte tubo-ovarique et intestinale.

Enfin, nous citerons, pour être complet, comme complications de la hernie des annexes, la *grossesse ectopique de la trompe herniée*, dont Knapezyk, auteur polonais, a pu réunir quelques observations; la *dégénérescence kystique* ou *néoplasique* des ovaires, ainsi que leur atteinte *tuberculeuse*.

DIAGNOSTIC

Etant donnée la symptomatologie aussi peu caractéristique de la hernie des annexes, il est évident que le diagnostic ne pourra pas en être aisé. Chez le tout jeune enfant surtout, le diagnostic est impossible et nous n'avons point trouvé d'observations où il eût été fait avant l'intervention opératoire. Chez la jeune fille et chez l'adulte, certains signes peuvent mettre plus facilement sur la voie du diagnostic sans qu'il n'y ait encore rien d'absolu.

1° Le premier de ces signes est la douleur à la pression, parfois très vive chez certaines femmes.

2° C'est ensuite la douleur spontanée ressentie au niveau de la hernie au moment des règles.

3° La perception par le palper d'un cordon assez ferme, tout différent par sa consistance de l'intestin, mais qui pourrait être aussi une frange épiploïque.

4° Les signes fournis enfin par le toucher vaginal. Grâce à lui, Villard a pu diagnostiquer une salpingite herniaire : « Le toucher, dit-il, me permit de constater un utérus basculé à gauche, venant appliquer sa corne gauche contre l'orifice interne du canal inguinal et il était assez facile par la palpation bi-manuelle de percevoir le pédicule tubaire s'engageant dans le canal. J'ai porté pour ces raisons le diagnostic de salpingite suppurée herniée et adhérente ».

Cette méthode d'exploration devra donc être utilisée toutes les fois qu'on soupçonnera une hernie des annexes; la mobilisation de l'utérus par le doigt vaginal pourra permettre de sentir, au niveau du sac herniaire, des tiraillements synchrones aux mouvements provoqués.

Au surplus, il est des signes propres à la hernie de l'intestin avec laquelle elle est surtout confondue, dont l'absence sera en faveur de la hernie tubo-ovarique: indolence de la tumeur, tympanisme à la percussion, bruit de gargouillement accompagnant la réduction. Mais là encore, vu l'inconstance de ces symptômes, nous ne pouvons pas davantage être affirmatif.

Avec quelle autre lésion pourrons-nous confondre encore la hernie des annexes? Des kystes du canal de Nüeck ont pu parfois, par leur siège, en imposer pour une hernie inguinale, mais l'irréductibilité absolue, l'influence nulle de la toux sur son volume rendent moins possible l'hésitation. L'adénite inguinale a pu aussi être cause d'erreur mais c'est exceptionnel.

Enfin, nous devons éliminer encore l'épiplocèle avant de poser le diagnostic, qu'en tout état de cause, vu la relative de tous les symptômes, le chirurgien seul pourra affirmer s'il pratique la cure opératoire de la hernie.

Le diagnostic des complications ne sera guère plus aisé et la hernie tubo-ovarique ignorée, quand elle était silencieuse, risque bien de rester méconnue quand les accidents surviendront. On pensera tout naturellement à un engouement quand il y aura simplement des douleurs; à un étranglement quand des vomissements apparaîtront, qu'il y aura altération de l'état général, troubles nerveux, etc., mais engouement et étranglement seront rapportés à une entérocèle et non à l'étranglement ou à la torsion d'annexes herniées.

Le peu de fréquence des vomissements, l'absence d'arrêt des gaz, la constatation par le toucher rectal que l'intestin ne s'engage pas dans l'anneau inguinal profond (obs. V), l'exagération des douleurs provoquée par la mobilisation utérine, pourront parfois permettre de suspecter la hernie des annexes, compliquée, mais le plus souvent le diagnostic est impossible et le chirurgien qui intervient croit, jusqu'au moment de l'ouverture du sac, à un étranglement herniaire de l'intestin. Aussi bien la chose a-t-elle peu d'importance, l'opération étant, dans ce cas, la seule ligne de conduite à suivre.

PRONOSTIC

Habituellement plus douloureuses que les hernies de l'intestin, les hernies des annexes paraissent aussi devoir être plus exposées aux complications; nous n'en voulons pour preuve que le grand nombre d'entérocéles qu'une infinité de sujets supporte sans grande gêne durant toute leur vie, tandis que, comme le relatent nos observations presque toutes les hernies tubo-ovariques nécessitent tôt ou tard l'intervention chirurgicale.

Est-ce à dire que les hernies des annexes comportent un bien sévère pronostic? Non, car les accidents qui surviennent au cours de leur évolution ne comportent jamais la même gravité que les étranglements herniaires de l'intestin. Pour Lejars, le sphacèle de la trompe n'existerait que rarement et même, s'il apparaît des accidents infectieux locaux d'une grande intensité, la mort n'est qu'exceptionnellement la conséquence de l'affection.

Dans le cas de Voigt, où il y eut ouverture spontanée du sac herniaire, suppuration ou élimination naturelle de la trompe sphacélée, la guérison n'en est pas moins survenue. Mais, évidemment aujourd'hui, ce n'est pas dans l'expectative que le praticien cherchera et trouvera le salut de la malade, le traitement médical d'abord, chirurgical ensuite donnant à celle-ci les plus grandes chances de guérison.

Comme le dit Mārsily, le seul facteur spécial de gravité des hernies des annexes serait l'ablation inutile d'annexes saines, mais comme la hernie est ordinairement unilatérale, les annexes du côté opposé suffiront pour assurer le développement ultérieur normal de la femme.

TRAITEMENT

A défaut du diagnostic certain de la variété de hernie à laquelle on a affaire, le traitement ne diffère pas de celui des hernies en général. S'il s'agit d'une petite fille à hernie facilement réductible, le port d'un bandage pourra quelquefois suffire à maintenir la hernie et à amener même, dans les cas favorables, chez les tout jeunes, l'oblitération du sac. Mais la réduction n'est le plus souvent qu'éphémère, la guérison qu'apparente et la possibilité des récurrences laissera la femme exposée à toutes les complications que nous connaissons.

Aussi, dans les rares cas où le diagnostic de hernie tubo-ovarique pourra être fait, devons-nous choisir immédiatement le seul traitement rationnel qui est l'intervention opératoire, suivie de la cure radicale.

En dehors de toute complication, l'opération se fait le plus souvent sans difficultés. La trompe se trouve alors libre dans le sac, on ne trouve pas d'adhérences et l'organe habituellement sain pourra être réintégré dans l'abdomen sans aucun risque. Mais, dans la plupart des cas, ce sera à propos des accidents qui surviennent au cours de l'évolution de la hernie que le praticien aura à prescrire un traitement.

Dans le cas où les phénomènes locaux seraient peu accentués et l'état général nullement troublé, on pourra d'a-

Lord appliquer un traitement médical (repos dans le décubitus, glace *in situ* ou compresses chaudes, opium s'il s'agit d'un adulte), mais c'est là, empressons-nous de le dire un traitement qui ne saurait convenir qu'à des complications tout à fait bénignes, qu'à des formes seulement douloureuses.

Il ne saurait jamais être considéré que comme un traitement palliatif qui devrait immédiatement céder le pas au traitement chirurgical si les accidents herniaires paraissaient devoir s'aggraver.

Dans ces cas, avant l'intervention opératoire, si les phénomènes locaux n'étaient pas trop intenses, on pourrait être tenté de pratiquer prudemment le taxis, comme il fut fait dans les observations III et IX que nous rapportons. Mais c'est là une manœuvre qui, dans le cas particulier, est vouée à un insuccès presque fatal. Autant on peut espérer pouvoir réduire ainsi par désobstruction progressive un intestin hernié, autant il paraît vain de vouloir faire franchir le collet herniaire à un organe dont le volume ne peut qu'être augmenté par la congestion que l'on provoque. C'est donc directement à la kélotomie que nous devons nous décider dès que les accidents herniaires feront craindre l'étranglement.

On se comportera pour les premiers temps comme pour la hernie ordinaire : incision de la peau, dissection du sac, ouverture et recherche du contenu herniaire qu'il sera parfois difficile de déterminer, les annexes n'ayant point, la plupart du temps, leur aspect et leur volume normal. On recherchera l'agent d'étranglement, l'existence d'une torsion, on libèrera les annexes des adhérences qu'elles ont pu contracter et comme habituellement elles sont atteintes de lésions hémorragiques ou inflammatoires, c'est à leur extirpation qu'on se décidera.

Si les lésions de la trompe ont déterminé un abcès herniaire, la conduite du chirurgien devra être beaucoup plus prudente. Les annexes seront réséquées en mobilisant au minimum le sac herniaire pour éviter le danger de la communication de la grande cavité péritonéale avec l'abcès, ainsi que cela se produit dans une de nos observations.

Le drainage au point déclive assurera l'évacuation.

Quand l'infection ne sera point suspectée, que les annexes auront été extirpées, on procèdera à la reconstitution de la paroi, selon la technique habituelle.

CONCLUSIONS

I. — La hernie des annexes est, la plupart du temps, une affection congénitale qui apparaît dès la naissance ou dans les premiers mois de la vie, et due à une anomalie de développement.

II. — La hernie de l'âge adulte, qui peut être inguinale ou crurale, qui est plus souvent une hernie acquise, relève de causes diverses dont la multiparité, l'affaiblissement de la musculature abdominale, l'adiposité du sujet sont les plus importantes.

III. — Les organes herniés sont souvent normaux; ils s'infectent très rarement, la principale complication observée est la torsion du pédicule des annexes.

IV. — La symptomatologie de la hernie elle-même comme de ses complications, n'offre pas grand caractère spécifique; la confusion est habituellement faite avec la hernie banale ou son étranglement.

V. — Le diagnostic de l'affection est donc toujours très malaisé; la recherche systématique de certains signes plus spéciaux, pourra quelquefois mettre sur sa voie.

VI. — Le pronostic est relativement bénin, vu le succès presque constant de l'intervention chirurgicale. Il ne tire son seul caractère sérieux que de la castration unilatérale à laquelle l'opérateur est toujours contraint quand les lésions des annexes ne permettent pas leur réintégration dans l'abdomen.

OBSERVATIONS DE HERNIE CHEZ LES ENFANTS

OBSERVATION PREMIÈRE

Due à l'obligeance de M. Aimes, chef de clinique chirurgicale

(Torsion aiguë des annexes gauches dans un sac de hernie inguinale chez une enfant de cinq mois)

M. B. R..., âgée de 5 mois, est une enfant prématurée, née au septième mois. Depuis sa naissance, elle présente une petite grosseur du volume d'une olive, nous dit la mère, dans la partie supérieure de la grande lèvre gauche.

Trois jours avant l'entrée à l'hôpital, la tumeur augmente de volume et devient douloureuse, deux jours après apparaissent des vomissements.

A l'examen, nous constatons la présence, dans la région inguinale gauche, d'une tumeur du volume d'une grosse noix, recouverte d'une peau rouge, luisante, tendue. La tumeur est rénitente, mate, irréductible, elle possède un pédicule profond. Opération le 18 décembre 1920, sous anesthésie générale au chloroforme : dans un sac épais de hernie inguinale, on trouve une torsion des annexes gauches, torsion de deux tours et demi dans le sens des aiguilles d'une montre. La masse tordue est enlevée par section et ligature du pédicule.

Cure radicale. Réfection de la paroi. Guérison.

La pièce comprend l'ovaire et la trompe, ces organes sont volumineux, tout à fait comparables comme grosseur à des annexes d'adultes. Leur coloration est noirâtre, violacée, rappelant celle

du boudin. La pièce est fixée immédiatement et envoyée au laboratoire aux fins d'examen.

Examen histologique (professeur Grynfeldt). — La pièce a été coupée en totalité et montre une partie du ligament large avec une coupe transversale de l'ovaire et une coupe transversale de la trompe. Une hémorragie diffuse infiltre tout le tissu conjonctif au milieu duquel on retrouve comme disséqués les vaisseaux, les nerfs et les éléments caractéristiques des organes examinés. La trompe est oblitérée, l'épithélium est dégénéré, la tunique musculaire est dissociée par l'infiltration hématique, de même dans l'ovaire les éléments épithéliaux, follicules, etc., baignent dans une hémorragie diffuse.

OBSERVATION II

Hernie étranglée de l'ovaire chez une enfant de trois mois (Pollard-Thedancet, juillet 1889).

(Bandage inefficace. Etranglement subaigu. Kélotomie suivie de guérison.)

Le 30 mars 1889, une petite fille de 3 mois était admise dans un service à l'hôpital de North-Eastern. Depuis un mois, sa mère avait remarqué, au niveau de l'aîne, une tumeur qui n'était pas constante et avait, à chaque apparition des dimensions différentes. Le 19 mars, on avait ordonné un bandage qui fut appliqué le 20. On avait alors supposé la hernie réduite. Le 27, le bandage fut enlevé pour permettre de nettoyer l'enfant, et on trouva alors une tumeur irréductible du pli de l'aîne droite. De ce fait, la petite malade fut envoyée à l'hôpital par le médecin de la famille. Vomissements assez fréquents depuis le 27, mais dans la matinée du 30, il y eût une selle. Au moment de l'admission, on trouve à l'anneau externe du canal inguinal droit, une tumeur un peu plus grosse qu'un œuf de pigeon qui distendait la partie supérieure de la grande lèvre du même côté. A ce niveau, peau rouge et chaudé, rénitence et fluctuation légère, son mat à la percussion; en somme, tous les caractères d'un abcès.

D'après l'histoire de la maladie et les derniers symptômes qui

excluaient l'idée d'un étranglement de l'intestin, je pensai à une hernie étranglée de l'ovaire.

Opération. — Les téguments sont œdématisés et agglutinés ensemble. Il s'échappe un peu de liquide rouge teinté de sang. Dans le sac, on trouve l'ovaire et la portion frangée de la trompe de Fallope très enflammée, de couleur noirâtre et fixés par des adhérences. On ne pouvait songer à les rentrer dans l'abdomen, donc ligature du pédicule et excision. Il fallut élargir légèrement l'anneau externe pour réduire le collet du sac que des exsudats inflammatoires avaient rendu fortement adhérent.

Suture des piliers et fermeture de la plaie sans drainage. Légère ascension de la température le soir de l'opération et le cinquième jour, sans cause appréciable.

Au bout de dix-huit jours, la guérison est complète.

OBSERVATION III

Hernie inguinale gauche étranglée chez une enfant de quatre mois

Manéga. *Riforma medica*. Naples, 1894)

(Etranglement lent. Taxis infructueux. Kélotomie suivie de guérison).

Enfant de 4 mois, issue de parents sains, amenée le 11 octobre 1893. D'après la mère, est apparue depuis quatre jours seulement, dans l'aîne gauche, une tumeur de la grosseur d'une noix, dure, douloureuse, irréductible. Augmentation progressive de la tumeur, cris continus; ni vomissements, ni arrêt de matières. Actuellement, la peau est rouge et œdémateuse, mais on ne trouve pas de fluctuation, ni de gargouillement. Température, 38°. Diagnostic de hernie épiploïque enflammée. Glace *in situ*, et de nouveau tentative infructueuse de réduction. On se décide alors à intervenir chirurgicalement.

Dans le sac, on trouve un ovaire enflammé et une trompe adhérente à la paroi inférieure. Excision, guérison le onzième jour.

L'ovaire excisé pesait 2 grammes et l'examen microscopique fit constater une hémorragie parenchymateuse.

OBSERVATION IV

Tirée de la Thèse de Mlle Petit-Jean (Thèse de Paris, 1909)

Hernie tubo-ovarique étranglée par torsion lente du pédicule.

Bandage inefficace. Etranglement lent : symptômes seulement locaux. Torsion de plusieurs tours. Kélotomie suivie de guérison).

S. S..., 7 mois, est amenée à la consultation de l'Hôpital Trousseau, le 3 août 1909. La mère, âgée de 22 ans, a eu trois grossesses, les deux premiers enfants sont morts en bas âge. Le père est bien portant; la grand'mère maternelle est morte d'une hernie inguinale gauche étranglée. L'enfant est née à terme, elle a été nourrie au sein jusqu'à l'âge de 2 mois, l'allaitement a été mixte jusqu'à quatre mois, enfin actuellement l'enfant est nourrie au biberon. Depuis sa naissance, elle a présenté des vomissements alimentaires très fréquents. A 3 mois, on s'aperçoit que l'enfant a une hernie inguinale gauche. Celle-ci est parfaitement réductible et maintenue par un bandage prescrit à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Le 1^{er} août, la mère s'aperçoit que la hernie est devenue irréductible et qu'elle est douloureuse à la pression. L'enfant a quelques vomissements, mais qui ne paraissent ni plus fréquents, ni plus abondants qu'à l'ordinaire. Le cours des matières n'est pas troublé et l'enfant a eu des selles normales jusqu'au moment de l'opération. A l'examen, on constate une tuméfaction inguinale du côté gauche, de l'œdème de la grande lèvre. Toute la région présente une teinte rose, comme lymphangitique. Cette tumeur est légèrement douloureuse à la pression, nettement pédiculée; ce qui frappe, c'est la consistance extrêmement ferme. La température est de 36°4. Le facies est tout à fait normal. La petite malade est gaie et souriante. On pose le diagnostic d'étranglement herniaire, mais on fait des réserves quant à la nature du contenu.

Opération. — Opérée le 3 août dans l'après-midi. Anesthésie au chloroforme. Incision des plans superficiels. On constate que l'étranglement est constitué par l'orifice externe du canal ingui-

nal. A l'ouverture du sac, il s'écoule une très légère quantité de liquide séreux. On aperçoit une masse noire du volume d'une grosse amande. On croit d'abord à l'existence d'une frange épiploïque et d'une anse intestinale tordue. Mais peu à peu on attire l'utérus et le ligament large; on distingue alors la véritable nature des organes herniés. L'ovaire est très augmenté de volume, la trompe l'entoure sur une moitié de sa circonférence. Le pédicule est tordu plusieurs fois sur lui-même, on y voit un gros vaisseau thrombosé.

On place une ligature sur le méso externe, une autre au niveau de la corne utérine, le pédicule antérieur (ligament rond) est sectionné sans ligature. Deux points de catgut n° 1 servent à la réfection de la paroi postérieure du canal, suture de la paroi antérieure au catgut 00. Agrafes sur la peau.

Suites. — Le lendemain matin, la malade est alimentée, le quatrième jour les agrafes sont enlevées; le sixième jour, l'enfant quitte l'hôpital en très bonne santé.

OBSERVATION V

Veau et Berger. Archives de Médecine Infantile citée par Auvray. Arch. Mens) Obst. et Gyn., juillet 1912).

Torsion subaiguë d'annexes herniées. Kélotomie tardive suivie de guérison.

Fillette de 5 mois. A l'âge de 2 mois, la mère reconnaît une hernie réductible du volume d'une noisette. Au moment de son entrée à l'hôpital où l'enfant était envoyée avec le diagnostic de hernie étranglée, l'état local n'était pas en rapport avec l'état général, ni avec les signes fonctionnels décrits par la mère. Il y avait dans la région inguinale droite une tumeur qui avait tous les caractères d'une hernie étranglée (irrédutibilité, douleur, tension).

Mais par le toucher rectal on reconnaissait que l'intestin ne pénétrait pas dans l'orifice profond du canal inguinal, et d'autre part, il y avait arrêt des matières et des gaz, pas de vomissements quoique l'enfant but à peu près 300 grammes de lait par jour, et

l'état général était bon. Opération sept jours après le début des accidents : après incision du sac, on reconnaît l'ovaire et la trompe tordus suivant un tour de spire complet. Ablation des annexes. Guérison.

OBSERVATIONS DE HERNIES CHEZ L'ADULTE

OBSERVATION VI

(Voigt)

(Obs. publiée en 1809 in Hufeland, *Journal der practischen Heilkunde* n° 3, p. 139 rapportée par Dezeimeris in l'expérience, 1839 p. 219, traduite dans le mémoire de Lejars).

Hernie inguinale de la trompe. Salpingite suppurée herniaire).

La femme d'un prédicateur de campagne, âgée de 36 ans, mère de six enfants, d'une bonne constitution, ressentit, à la suite d'un grand pas, le corps étant fortement incliné, dans la région inguinale droite, comme quelque chose qui s'échappait et une tumeur se forma de la grosseur d'une aveline ; elle jugea que c'était une hernie et elle chercha à la faire rentrer, ce à quoi elle réussit. Elle garda le silence sur cet accident, parce qu'il ne laissa aucune douleur à sa suite et parce que la tumeur put être réduite sans difficulté, chaque fois qu'elle reparut de nouveau ; elle remarqua néanmoins que depuis elle éprouvait parfois des douleurs passagères dans l'abdomen. Un an plus tard, comme elle voulait enlever un objet assez lourd de dessus une large table, le corps étant fortement penché en avant, la tumeur reparut tout à coup. Elle fit d'inutiles tentatives pour la réduire ; la tumeur devint sensible ; son volume et les douleurs augmentèrent progressivement ; il s'y joignit de la chaleur par tout le corps, de la soif, l'absence des selles et enfin des vomissements.

Ce ne fut que le dixième jour que je fus appelé. Je reconnus dans la région inguinale droite, une tumeur d'environ six pouces de long, du volume du bras d'un petit enfant, d'une couleur bleue foncé, extrêmement douloureuse au toucher et où je reconnus im-

médiatement de la fluctuation. J'ordonnai une saignée et, sur la tumeur, un cataplasme émollient avec le lait. Le lendemain matin, j'appris que la tumeur s'était ouverte et que la malade se trouvait assez bien..., il s'écoulait de la tumeur un pus sanieux et très fétide et, à mon grand étonnement je-vis un corps tout noir d'un demi-pouce de long, et du volume d'une plume à écrire qui sortait de l'ouverture de la tumeur et que je ne pus examiner avec tout le soin nécessaire à cause des violentes douleurs que causaient mes recherches.

La journée se passa sans incidents... Le lendemain j'appris, que la veille au soir, la malade en faisant des lotions, avait extrait de la plaie le corps noir dont j'ai parlé, je me rendis auprès d'elle et elle me montra ce corps. Il était putréfié et d'une odeur insupportable, sa longueur était de 4 pouces, son volume celui d'une plume à écrire, son tissu était dense, une de ses extrémités était frangée et il avait un canal par lequel on pouvait faire passer un fil d'archal fin. D'après toutes les circonstances du cas et selon toute probabilité, ce corps était une trompe de Fallope. Au bout de quatorze jours, la plaie était complètement guérie, la femme était en parfaite santé et aujourd'hui, après six mois écoulés, elle se porte parfaitement bien.

OBSERVATION VII

Salpingite herniaire. Mort par péritonite post-opératoire.

(Dolbeau, Société anatomique 1854, p. 72).

La malade qui a offert cette altération, est entrée à l'hôpital il y a quelques semaines. Elle portait une tumeur dans la région inguinale, tumeur rouge, fluctuante, douloureuse, avec tous les signes d'un abcès dans le canal inguinal. Le foyer a été incisé, il en est sorti du pus; mais quelques jours après, est survenue une péritonite intense, due à une ouverture du sac dans l'abdomen. La malade a succombé rapidement. A l'autopsie, voici ce que l'on a pu constater :

Un foyer purulent, communiquant d'une part avec l'extenseur,

d'autre part avec la cavité péritonéale; de plus, un kyste séreux indépendant de cette poche. Ce kyste incisé a laissé écouler de la sérosité et l'on a reconnu, ainsi qu'on a pu s'en assurer, que cette poche était située dans la cavité de la trompe. Ce kyste, de même que le foyer purulent, était placé dans le canal inguinal. Après un examen attentif, on voit un sac herniaire dans lequel est placée la trompe; en dehors et en avant de ce sac, le ligament rond. C'est dans le sac herniaire qu'existe le foyer purulent. Quant à l'ovaire, il est resté dans l'abdomen à l'ouverture du canal inguinal. Il y avait donc une hernie de la trompe avec un kyste séreux dans sa cavité, le tout contenu dans un sac herniaire enflammé. Le foyer de suppuration, en s'ouvrant dans l'abdomen, a amené une péritonite rapidement mortelle.

OBSERVATION VIII

Conrad Brunneo, 1889 ; obs. de Lejars).

Hernie crurale étranglée de la trompe.

(Etranglement aigu ; Antéversion utérine. Prolapsus vaginal. Multiparité.
Kélotomie suivie de guérison).

J. H..., 38 ans, entre à la Clinique, le 7 septembre. La malade appartient à une famille saine, dans laquelle il n'y a pas de hernies. Elle-même ne se souvient pas d'avoir jamais été malade. Depuis sa dix-septième année, elle est réglée régulièrement; il survient toujours quelques douleurs le premier jour, mais sans qu'elles soient localisées à la région inguinale droite. Mariée à 20 ans; deux enfants, le dernier en 1871.

Il y a huit ans, à l'époque de ses règles et au moment où elle avait dû se fatiguer beaucoup aux travaux des champs, la malade fut prise brusquement de vives douleurs dans la région inguinale droite et elle remarqua, pour la première fois, la présence dans la même région, d'une tumeur grosse comme une noix, qu'elle-même regarda comme une hernie. Il y a deux ans, après de grandes fatigues, au moment de la fenaison, il se produisit un prolapsus utérin et, en même temps, les douleurs de l'aîne se réveillèrent et la petite

tumeur se développa une fois de plus. La malade réduisit elle-même le prolapsus utérin qui, depuis reparut à maintes reprises; elle ne saurait dire si pendant les règles les douleurs devenaient plus intenses au niveau de la hernie.

Le 2 septembre, la ptose se reproduisit et en même temps apparaîtrait à l'aîne une tumeur grosse comme un œuf et irréductible. Les douleurs devinrent alors insupportables, jusqu'à enlever l'appétit et le sommeil. Nausées continuelles, mais selles régulières. Le médecin appelé aurait pratiqué la réduction, mais la hernie n'aurait pas tardé à se montrer de nouveau. Finalement, la malade fut envoyée à l'hôpital. Pendant le transport, douleurs très violentes, nausées, sensation de torpeur dans les mains et les pieds. On trouve dans le creux inguinal droit une tumeur située en grande partie au-dessous du ligament de Poupart et de la grosseur d'un œuf. La peau glisse aisément à la surface et en un point dépouillée d'épiderme (par le port du bandage). La tumeur est de consistance solide, sonore à la percussion. Pas de fluctuation. Pression douloureuse. La malade ne cesse de se plaindre au cours de l'examen. L'exploration des organes génitaux donne les résultats suivants: le corps utérin est en antéversion, il est augmenté de volume, épaissi, sensible à la pression; on le délimite fort bien par le palper; il est très mobile, nulle part adhérent.

Le cathétérisme donne une longueur de 14 centimètres. Col très atrophié avec prolapsus du vagin; on n'arrive point à remettre l'un et l'autre en place. Par le toucher vaginal, on sent l'ovaire droit légèrement grossi et fortement sensible.

Kélotomie par M. le professeur Krönlein. Incision cutanée à peu près perpendiculaire au ligament de Poupart. Les enveloppes extérieures de la hernie sont minces, adhérentes entre elles et sans stratification bien nette. Le sac herniaire proprement dit est pédiculé, d'aspect irrégulier et semé de dépressions digitiformes. On l'ouvre: il laisse écouler une petite quantité d'un liquide clair, un peu coloré en rouge, et quand il est largement fendu, saisi avec des pincées et dûment étalé, on découvre qu'il est rempli tout entier par un énorme caillot sanguin. Celui-ci enlevé, on peut reconnaître le pavillon de la trompe; celle-ci libérée de ses adhérences est atti-

rée au dehors et excisée; cautérisation du moignon, ligature, excision du sac; cure radicale, suites normales.

OBSERVATION IX

(Vogel)

Hernie inguinale droite étranglée de la trompe.

(Étranglement au niveau de l'anneau. Taxis infructueux. Kélotomie).

Il s'agit d'une hernie inguinale étranglée à droite. Dans le sac, il y avait en dehors d'une sérosité roussâtre, un corps qui fut d'abord pris pour l'appendice mais qu'on reconnut être la trompe pliée, dont l'extrémité périphérique se trouvait au voisinage de l'orifice herniaire. La partie herniée avait une longueur de 10 centimètres environ; elle était fortement hyperhémiee en partie par l'étranglement produit par l'anneau, en partie par les tentatives de taxis. La trompe était adhérente à l'orifice herniaire, les franges de son extrémité abdominale étaient courtes et comme spongieuses et l'une d'elles, longue de 1 centimètre, descendait à l'intérieur du sac, la frange ovarienne existait. Il s'agissait de hernie inguinale droite étranglée de la trompe. Vogel la réduisit après l'avoir libérée des adhérences avec l'orifice herniaire.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES. — *Progrès médical*, n° du 25 octobre 1919 et 6 novembre 1920.
- AUVRAY. — *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, juillet 1912, septembre 1913.
- BARNES. — Physiologie de l'ovaire hernié. *Amer. journ. obst.*, janvier 1893.
- DOLBEAU. — *Bulletins Société anatomique*, 1854, p. 72.
- ESTOR et AIMES. — Torsion aiguë des annexes gauches dans un sac de hernie inguinale chez un enfant de 5 mois. *Soc. anatomique de Paris*, 22 janvier 1921.
- FÉLIZET. — Des hernies inguinales de l'enfance, 1894.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet. Gynécologie*, p. 563.
- GARRIGUES (A.). — *Thèse de Paris*, 1904.
- HEINECK. — Hernias of the Fallopian tube. *The Chicago medical recorder*, t. XXXIV, n° 11, 15 novembre 1912.
- *Journal médical de Bruxelles*, t. XVII, n° 52, 26 déc. 1912.
- IVANOFF (P.). — *Thèse Lille*, 1902, n° 103.
- JOUIN (A.). — *Thèse de Bordeaux*, 1910.
- KOUSMINE. — *Revue de chirurgie*, 1895.
- LECÈNE. — *Bulletin de la Société anatomique*, octobre 1908.
- LEJARS. — *Revue de chirurgie*, 1893, p. 12.
- *Traité de chirurgie d'urgence*.
- LENTZ. — *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 9, 1882.
- MANEGA. — *Riforma medica*, 1894.
- MARSILY (C.). — *Thèse de Montpellier*, 1919.

